

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

244

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges BUFFARD

Né le 10 Août 1909, à PARIS (Seine)

**Pression artérielle et pression
du liquide céphalo - rachidien**

Président : M. A. CLERC, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges BUFFARD

Né le 10 Août 1909, à PARIS (Seine)

Pression artérielle et pression du liquide céphalo - rachidien

Président : M. A. CLERC, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Professeurs sans chaire	

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRÉ.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
ROUSSY.
CHAMPY.
TUFIENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE.
FIESSINGER.
Maur. VILLARET.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGEANT.
BEZANCON.
MATHIEU.
LAUBRY.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.
BESANCON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DCGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK.	
BRENTANO.....	Pathologie chirurgicale.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale
D'ALLAINES.	Pathologie médicale.
DE GENNES...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV. Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLÉRY-RADOT		
WEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUÉNU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé. ...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552225_0041

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tout, je dédie ces quelques pages, léger témoignage de mon profond amour filial et de mon infinie reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposés pendant de longues années ; et dont l'exemple et le dévouement furent pour moi le meilleur enseignement.

A MA GRAND'MERE

Avec toute mon affection et ma gratitude.

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

En témoignage de ma très profonde affection.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

*Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine*

Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT

Médecin à l'Hôpital nouveau Clichy-Beaujon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui sommes tout particulièrement reconnaissant de l'aide si précieuse qu'il nous a apportée dans la rédaction de ce travail et nous le prions de croire à notre bien vive gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1929-1930 M. LE PROFESSEUR DUVAL
— M. LE PROFESSEUR CARNOT.

Externat

1930-1931 M. LE DOCTEUR CHEVRIER.
— M. LE DOCTEUR DESPLAS.
1931-1932 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVALLIER
1932-1933 M. LE DOCTEUR MONIER-VINARD.
1933-1934 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT.
1934-1935 M. LE DOCTEUR MICHEL-LÉON KINGBERG
— M. LE DOCTEUR LEVANT.

PRESSIION ARTÉRIELLE
ET
PRESSIION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier, au cours de ce travail, les rapports qui existent entre la pression sanguine et la pression du liquide céphalo-rachidien.

Nous avons, au cours de nos recherches, trouvé que cette question avait été maintes fois discutée par les auteurs les plus compétents, et que les résultats étaient en règle fort différents, voire même opposés.

Nous rappellerons, au cours d'un chapitre nécessairement long, les divers résultats observés ; nous exposerons ensuite quelques observations recueillies dans différents travaux, enfin, nous appuyant sur cette série d'observations nous verrons quelles sont les conclusions que nous pourrons en tirer.

Il ne sera tenu, au cours de cet ouvrage, aucun compte des différents rapports entre la pression veineuse et la pression du liquide céphalo-rachidien, sujet qui est en dehors du but que nous nous sommes proposé d'étudier.

ANATOMIE

Les rapports anatomo-physiologiques existant entre le liquide céphalo-rachidien et le sang expliquent pourquoi ont été poursuivies ces recherches.

Formé au niveau des plexus choroïdiens, le liquide céphalo-rachidien ne peut être considéré ni comme une sécrétion vraie, ni comme un transsudat.

De plus, le liquide céphalo-rachidien n'a pas de principe spécifique, tous les éléments constitutifs de ce liquide préexistent dans le plasma du sang, où il se trouve à des taux égaux ou supérieurs ; le liquide céphalo-rachidien n'est donc pas un produit sécrété.

Cependant, tous les éléments du sang ne se trouvent pas dans le liquide céphalo-rachidien. L'épithélium choroïdien ne « se laisse pas traverser passivement par le plasma sanguin, il opère un véritable choix » GLEY, il en résulte un liquide très riche en cristalloïdes, d'une composition minérale identique à celle du sang et en équilibre osmotique avec ce dernier.

C'est donc un « produit de dialyse du plasma sanguin sur des épithéliums différenciés ». (METREZAT.)

Venant du sang, le liquide céphalo-rachidien y retourne en partie, et en partie passe dans le système lymphatique. Ce fait est démontré par l'injection de

substances diverses dans les espaces sous-arachnoïdiens, ces substances diverses se retrouvant en des temps variant de 20 minutes à 2 heures dans le système circulatoire et pouvant être décelées également dans les ganglions.

HISTORIQUE

Quelques auteurs, avec REINER et SCHNITZER, en 1896, SICARD et CESTAN en 1904, cherchèrent s'il existait un lien physiologique entre le milieu sanguin et le liquide céphalo-rachidien. C'est ainsi que SICARD et CESTAN saïssissent le passage de granulations de charbon des espaces sous-arachnoïdiens dans les capillaires veineuses qui les drainent en dehors vers le trou de conjugaison.

Cette expérience de REINER fut reprise par MILIAN, mais en sens inverse, en injectant dans la carotide interne une solution d'encre de chine, ce dernier auteur constate alors une incrustation des vaisseaux des plexus par les granulations de charbon, et parallèlement note un accroissement de la pression rachidienne.

A la même époque, DUCROT et GAUTERET injectent du violet de méthyl dans la jugulaire d'un chien ictérique, les plexus de cet animal sont teintés et le liquide céphalo-rachidien renferme alors les éléments de la bile.

Telles sont les quelques expériences parmi tant d'autres qui semblent prouver que le milieu sanguin est loin d'être autonome, et qu'il n'existe pas de barrière entre ce milieu et le liquide céphalo-rachidien.

En 1905, LAFITE, DUPONT et MAUPETIT publient à la Société de Biologie de Paris, une étude sur l'influence de la pression du liquide céphalo-rachidien et labyrinthique sur la pression artérielle ». Au cours de leurs travaux, ils ont fait sur les chiens diverses expériences et sont arrivés aux conclusions suivantes :

I. L'injection de sérum dans les espaces arachnoïdiens au travers de la membrane occipito-atoïdienne augmente progressivement la tension artérielle durant 35 pulsations. Après une chute légère, durant 2 pulsations, s'établit un long plateau qui persiste.

II. L'évacuation du liquide céphalo-rachidien par ponction de la membrane occipito-atoïdienne amène une chute de la tension artérielle durant 18 pulsations.

III. L'insufflation d'air dans les espaces arachnoïdiens médullaires augmente progressivement la tension artérielle, durant 18 pulsations, puis s'établit un plateau.

IV. Chez l'homme, la ponction lombaire amène une baisse de la tension artérielle de 4 à 8 cm. de Hg. Cette baisse de la tension artérielle peut persister plusieurs jours.

Ces auteurs concluent alors que « Les variations de pression du liquide céphalo-rachidien et labyrinthique sont accompagnées d'un mouvement en sens direct de la pression artérielle ».

CLAUDE et ses collaborateurs, SOREL, injectent dans les veines de l'animal en expérience, une dose minima d'adrénaline, et provoquent ainsi une hypertension artérielle et rachidienne évoluant parallèlement.

LOEPER, LEMAIRE et PATEL, ayant provoqué une embolie subite chez l'animal, ont constaté qu'à la suite de la lésion nerveuse ainsi obtenue, il se produisait une augmentation de la tension veineuse, de la tension artérielle, et de la tension du liquide céphalo-rachidien.

En 1909, SPINA constate des rapports étroits entre les deux tensions artérielle et céphalo-rachidienne, il écrit : « Le cycle de la pression rachidienne retarde sur celui de la pression sanguine quand on fait varier celui-ci. »

Ces constatations, quoique semblables à celles des auteurs précédents, marquent cependant qu'il existe un léger retard entre la variation des deux tensions.

ROUBINOVITCH et H. PAILLAND, le 28 juin 1910, dans la *Gazette des Hôpitaux*, publient un article sur « l'Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle, dans les maladies mentales. »

Ces auteurs apportent les résultats de 60 observations; en comparant ces résultats, ils ont été frappés de la fréquence relative avec laquelle on observait un abaissement de la pression artérielle après la ponction lombaire.

42 fois sur 64 cas, la pression artérielle est abaissée ; 17 fois elle s'est élevée, dans des limites beaucoup moindres; 5 fois elle n'a absolument pas varié.

Ces auteurs vont même jusqu'à conclure que si la ponction lombaire amène assez fréquemment un abaissement de la pression artérielle, il y a peut-être là un élément qui permet de mieux comprendre les

phénomènes de défaillance cardiaque et les syncopes mortelles, parfois observées après la ponction lombaire ; nous verrons que ce problème est actuellement plus complexe et bien qu'encore à l'étude, il y a lieu de mettre la responsabilité des syncopes et de la défaillance cardiaque plus sur un phénomène d'ordre réflexe que sur celui de la chute de la tension artérielle.

Il faut noter, disent ces auteurs, que l'abaissement de la pression artérielle (presque toujours en désaccord avec la loi de MAREY), n'est pas également marqué chez tous les malades. On l'observe surtout chez ceux dont les centres nerveux sont matériellement et grossièrement atteints ; les paralytiques généraux et aussi chez les sujets dont le système artériel est touché.

En effet, ces auteurs ont observé des résultats différents suivant l'âge des malades, chez les déments précoces âgés, l'abaissement de la pression artérielle est plus nette que chez les déments précoces jeunes.

MESTRÉZAT, en 1912, admet un certain parallélisme entre la tension artérielle et la pression du liquide céphalo-rachidien. Il précise que la pression du liquide céphalo-rachidien est 20 fois moindre que la pression sanguine. Il considère l'absence de parallélisme comme un fait anormal qui doit faire penser à un facteur morbide modifiant soit la pression sanguine, soit la pression rachidienne, ce facteur devant être recherché.

GIRBAL, en 1921, dans son « Etude de la tension

artérielle chez le nourrisson et l'enfant », déclare que l'abaissement de la tension artérielle après la ponction lombaire est peu marquée, comme en témoignent ses observations. Cependant, il conclut qu'il existe une relation entre ces deux pressions.

Quelques mois après, GIRAUD, dans sa thèse « Nouvelles recherches sur la tension du liquide céphalo-rachidien », divise son étude en deux grands chapitres :

I° Influence des variations de la pression artérielle sur la pression du liquide céphalo-rachidien.

II° Influence des variations de la pression du liquide céphalo-rachidien sur la pression artérielle.

Dans le premier chapitre, il conclut d'après ses observations personnelles que :

a) Les modifications lentes de la pression artérielle ne paraissent pas avoir d'influence nette sur la pression du liquide céphalo-rachidien.

Il n'existe pas à la suite des grosses hypertensions artérielles des pressions élevées du liquide céphalo-rachidien.

b) Les modifications brusques de la tension artérielle sont difficiles à étudier chez l'homme, et l'auteur ne peut ainsi conclure pour cette catégorie de fait.

Dans son deuxième chapitre, l'auteur déclare que les modifications lentes de la pression du liquide céphalo-rachidien n'ont pas d'effet bien net sur la tension artérielle.

Ses conclusions générales sont les suivantes :

Les modifications brusques de la tension du liquide céphalo-rachidien entraînent une baisse fréquente de la tension artérielle qui peut être attribuée à une perturbation du centre circulatoire bulbaire.

Le fait que les hautes tensions du liquide favorisent cet abaissement pourrait expliquer en partie les accidents syncopaux qui surviennent au cours de la rachicenthèse, surtout dans le cas de tumeurs cérébrales qui réalisaient ces tensions élevées du liquide céphalo-rachidien.

En avril 1923, OPPENHEIMER, dans les « Archives of Neurol. and Psychiatry (Chicago) », fait une étude comparée de la pression sanguine rachidienne et oculaire, et établit :

Qu'il n'existe pas de parallélisme étroit entre ces trois pressions, mais relève de nombreux cas où, dans certaines conditions, elles ont tendance à s'élever ou à s'abaisser de concert.

D'après cet auteur, dans l'hypertension artérielle, et l'artério-sclérose, il y aurait élévation au-dessus de la normale de ces trois tensions.

Dans le glaucome, la tension oculaire serait élevée ; mais la tension artérielle et rachidienne non modifiée.

Dans la grossesse, il y aurait pression oculaire normale avec abaissement des tensions artérielle et rachidienne.

Enfin, dans les fractures du crâne, élévation des tensions oculaire et rachidienne, alors que la tension artérielle est généralement abaissée, abaissement qui semble dû au shock.

Au contraire, en mai 1924, BOILLARD, MAGNEL et SARAJEA « constatent un parallélisme étroit entre les tensions artérielle et rachidienne, et cela aussi bien chez les hypertendus que chez les hypotendus ».

En janvier 1925, MAGNEL publie un rapport sur la rachicenthèse et l'hypertension artérielle et constata que « La soustraction de 10 cm³ de liquide céphalo-rachidien diminue et stabilise d'une façon durable les chiffres de la pression artérielle et de la pression rachidienne et, de ce fait, prévient ou retarde les complications qui auraient résultées de leur excès. »

Deux mois plus tard, le 3 mars 1925, DUMAS et CONDOMINE font paraître un article sur les relations qui peuvent exister entre la tension sanguine et la tension intraspinale avec déductions thérapeutiques qui n'y a pas lieu de rappeler ici. Pour ces auteurs, il existe un rapport net entre les pressions artérielle et intraspinale, et lorsque ce rapport est rompu, on voit apparaître des accidents cérébraux chez les malades, que ceux-ci soient hyper ou hypotendus.

Moins catégoriques sont MICHAUX, LAMARCHE et POULET, le 10 octobre 1925, dans leur étude de « l'influence de la ponction lombaire sur la température, la tension artérielle et la diurèse ».

Ces auteurs, après plusieurs observations, concluent : « Il existe un fait important, à savoir l'influence très nette de la rachicenthèse sur l'augmentation de l'indice oscillométrique ; quant aux rapports entre la tension artérielle et la rachicenthèse, ils existent bien, mais sans qu'il nous soit permis d'énoncer une règle absolue. »

Cependant, disent ces auteurs, la tension artérielle semble baisser surtout chez les hypertendus, elle ne baisse pas particulièrement après une grosse chute de la tension spinale.

Enfin, poursuivent-ils, si l'on peut affirmer qu'il y a rapports entre les deux tensions, il nous semble permis de nier absolument le parallélisme.

Dans le *Lyon-Médical* du 16 janvier 1929, PIC et DELORE publient trois observations de malade, chez lesquels ils ont constaté une baisse très nette de la tension artérielle portant sur la maxima et la minima après ponction lombaire, et attribuent cette chute tensionnelle à une décompression des centres tensionnels bulbaires.

BAPT, dans sa thèse de 1929, sur « l'Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle, arrive aux conclusions suivantes :

1° Chez les sujets dont l'appareil cardio-vasculaire d'une part, et le système nerveux central d'autre part, ne présentent aucune réaction pathologique, la ponction lombaire, c'est-à-dire la soustraction de liquide, ne provoque aucune modification importante sur la tension artérielle.

2° Chez les malades présentant une affection du système nerveux central ou de l'appareil cardio-vasculaire, dont la tension artérielle et la tension céphalo-rachidiennes sont en quelque sorte « sensibilisées » de façon préalable, la ponction lombaire détermine généralement un abaissement des tensions maxima et minima avec augmentation de l'indice oscillométrique de façon sensible et durable.

En décembre 1931, André LEMAIRE et Jean PATEL, étudiant le problème inverse, recherchent s'il « est possible d'influer sur la tension rachidienne en agissant sur la masse sanguine ». D'après ces auteurs, chez le chien, la saignée lente n'influence pas la tension rachidienne, tandis que la saignée rapide l'abaisse en même temps que la tension veineuse jugulaire, et cette chute est plus marquée et plus durable si on a lié préalablement le pédicule splénique ; ces faits mettent en évidence le rôle de la masse sanguine, dans la régulation de la pression rachidienne.

Mais il y a plus :

Quand on crée artificiellement une hypertension rachidienne, la chute tensionnelle est, à saignée égale, plus grande que chez le chien à tension rachidienne normale ; elle ne se corrige pas totalement les minutes suivantes, et la pression du liquide céphalo-rachidien ne retrouve jamais le même niveau élevé qu'on lui a pathologiquement communiqué. R. WORMS a tenté chez l'homme la même épreuve. Sous l'influence d'une saignée de 300 à 500 grammes, cet auteur a vu parfois, mais non toujours, la tension rachidienne s'abaisser. Cette chute tensionnelle, qui ne dépasse pas 3 à 4 cm³ d'eau, et qui ne se prolonge pas au-delà de 20 à 50 minutes, s'observe dans le seul cas où la saignée n'a pas fait baisser la tension artérielle.

Or, comme le remarque WORMS, pour que la tension artérielle n'ait pas varié, il faut de toute vraisemblance que la masse sanguine se soit reconstituée, or la réparation s'en fait avant tout aux dépens des

liquides interstitiels, qui sont en quelque sorte drainés vers le sang. Le liquide céphalo-rachidien ne fait-il pas partie de ces liquides interstitiels, et n'est-ce pas cet appel qui mesure précisément l'apaisement transitoire que subit la tension ? »

En 1932, mon maître, M. MONIER-VINARD, ainsi que M. DESMARETS, rapporte l'histoire d'une hypertendue de la ménopause avec paroxysmes violents et très pénibles, chez laquelle on décida de pratiquer une intervention chirurgicale sous rachi-anesthésie ; au cours de la ponction lombaire, la tension artérielle tomba brusquement de 350-6. Par la suite, cette malade fut surrénalectomisée et soumise à une radiothérapie médullaire, ce qui stabilisa sa tension à 23 sans paroxysmes ; une ponction lombaire pratiquée à ce moment pour soulager la céphalée se montra efficace contre ce symptôme, mais n'eut pas d'effet sur la tension, qui resta à son niveau permanent de 23.

Et mon maître en arrive à la conclusion que l'on retrouve dans la thèse de BOUDON : « Que la tension artérielle baisse chez les hypertendus et particulièrement chez les hypertendus paroxystiques, elle ne baisse pas particulièrement après une grosse chute de la tension spinale. »

La ponction lombaire, paraît pour ces auteurs, indiquée dans les accès d'hypertension paroxystique rebelle à toute prescription médicamenteuse, elle reste alors un procédé thérapeutique très sûr pour combattre les poussées hypertensives dont on connaît le grand danger.

HAMBURGER publie en janvier 1933, un article sur « La ponction lombaire dans l'hypertension artérielle paroxystique ».

Il rapporte les faits suivants :

Chez un cardio-rénal urémique, hypertendu, dont l'hypertension habituelle auscultatoire atteignait 26-15, survinrent des poussées paroxystiques d'hypertension à 31-18 accompagnées de céphalées terribles et d'accès de dyspnée. La ponction lombaire pratiquée pour soulager la céphalée ramena la tension à son taux habituel pendant plusieurs jours.

Ces poussées se reproduisirent trois fois à quelques semaines d'intervalle : chaque fois la ponction ramena la tension aux environs de 20, en faisant disparaître la céphalée et le prurit et l'amélioration se maintint quelques jours.

L'azotémie cependant continuant de progresser, l'état du malade s'aggrave et la mort survint au bout d'un mois.

Dans deux autres cas, pratiquée chez des hypertendus permanents, la ponction lombaire n'apporta que des modifications fugaces et insignifiantes de la tension artérielle.

De même chez les sujets qui ne sont pas hypertendus, la ponction lombaire ne produit sur la tension artérielle qu'une dénivellation peu importante et très passagère, quelquefois même une hausse temporaire.

M. HAMBURGER conclut de ces divers faits que la ponction lombaire peut être indiquée dans les accès paroxystiques de l'hypertension artérielle, mais qu'elle

n'est efficace que contre ces poussées paroxystiques elles-mêmes et n'agit pas sur la tension permanente.

Cette opinion est opposée à celle de MAGNIEL, qui trouve la ponction lombaire utile dans tous les cas d'hypertension chronique et tenace, rebelle aux autres thérapeutiques.

La ponction lombaire sera donc réservée aux accès paroxystiques entraînant des conséquences graves pour le sujet ; son action ne dure d'ailleurs pas au delà de quelques jours.

La quantité de liquide à soustraire sera modérée : on enlèvera du liquide tant que la tension rachidienne restera trop élevée et ne sera pas revenue à un chiffre normal (en moyenne 15 à 20 cm³ d'eau). La quantité à soustraire varie entre 3 et 10 cc. ; une quantité de 5 cc. suffit en moyenne.

La rachicentèse sera cependant évitée chez les sujets âgés, athéromateux, chez lesquels il y aura lieu de craindre qu'une baisse subite de la pression artérielle n'amène des phénomènes d'ischémie des centres nerveux (signe de Babinski, petite hémiplégie, etc...) souvent passagers, mais parfois définitifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(d'après БАРТ)

M. X..., 17 ans, est amené à l'hôpital la nuit, parce que, depuis deux jours, après avoir éprouvé un violent point de côté, il présente un état délirant avec agitation. L'examen clinique décèle des signes méningés d'une netteté absolue :

Raideur de la nuque,

Kœrnig-Photophobie,

Température à 39°,

Pouls à 120.

Mais à l'auscultation du côté gauche, qui a la percussion présente une matité absolue, on découvre, très faible, un léger souffle tubaire qui, dans les jours, s'affirme et s'accompagne de râles crépitants fins.

Le diagnostic porté est celui de pneumonie centrale pseudo-lobaire avec réaction méningée.

Traitement : Quinine intra-veineuse, expectorants, contre la réaction méningée : ponction lombaire.

Avant la ponction : tension artérielle :

14.7 1/2 I. 2 1/ 2

A 10 heures, ponction lombaire de 8 cc. de liquide légèrement hypertendu.

Un quart d'heure après la ponction lombaire :

T. A. 12-7 I. 4

à 16 heures : T. A. 12 1/2-7 I. 4.

le lendemain matin : T. A. 13 1/2-7 I 3/2.

Amélioration de l'état du malade après la ponction lombaire et diminution de la céphalée.

D'après cette observation, on voit qu'à la suite de la ponction lombaire, la tension maxima a seule diminuée de 2 cc. de Hg, dans le quart d'heure qui a suivi la rachicentèse, pour remonter de 1/2 puis de 1 1/2 le lendemain, et que le minima est resté invariable à 7 ; l'indice oscillométrique est passé de 2 à 4 immédiatement après la ponction lombaire, et le lendemain il est retombé à 3 1/2.

OBSERVATION II

(d'après BAPT)

Il s'agit d'un homme de 50 ans, qu'on a ramassé dans la rue, malade, et qui a été transporté à l'hôpital sans connaissance.

Homme très cyanosé, semi-comateux. Il est souillé par un moeléna d'extrême abondance.

Dans les heures qui suivent son entrée, s'installe progressivement une hémiplegie gauche.

Signe de Babinski en extension ; sensibilité abolie.

On lui fait une ponction lombaire qui donne un liquide hémorragique très hypertendu, qui présente après centrifugation une partie supérieure jaune et à la partie inférieure un culot d'hématies agglutinées.

Avant la ponction lombaire :

T. A. 24-12 $1\frac{1}{2}$. I. 5 $1\frac{1}{2}$

A 9 heures, ponction lombaire de 15 cc. de liquide.

Un quart d'heure après :

T. A. 20-10 $1\frac{1}{2}$. I. 7

A 16 heures :

T. A. 24-11. I. 7 $1\frac{1}{2}$

Le lendemain matin :

T. A. 24-12. I. 7 $1\frac{1}{2}$

D'après cette observation II, la ponction lombaire a fait baisser, durant les heures qui l'ont suivie, à la fois la tension maxima et la tension minima, tandis que l'indice oscillométrique passait de 5 $1\frac{1}{2}$ à 7 $1\frac{1}{2}$.

Mais l'effet de cette ponction lombaire semble n'avoir été que peu durable puisque dès le lendemain la T. A. était sensiblement à son état primitif, tandis que l'indice restait à 7 $1\frac{1}{2}$ au lieu de 5 $1\frac{1}{2}$, chiffre précédant la ponction lombaire.

OBSERVATION III

(BAPT)

Mme A..., 74 ans, souffre depuis plusieurs mois d'un zona horriblement douloureux, siégeant à la fesse et à la face interne de la cuisse droite.

Devant l'échec de toute thérapeutique analgésique on fait une ponction lombaire décompressive.

Avant la ponction lombaire : T. A. 14-8 $1\frac{1}{2}$.
I. 2 $1\frac{1}{2}$.

A 8 heures, ponction de 10 cc. de liquide céphalo-rachidien. Liquide hypertendu.

Un quart d'heure après la ponction :

T. A. 14-8. I. 3

A 16 heures :

T. A. 14-8. I. 3

Le lendemain :

T. A. 14-8 1/2. I. 3

Amélioration sensible de l'état de la malade après ponction.

Là encore l'influence de la ponction lombaire n'a été que très passagère puisque, à 16 heures, c'est-à-dire huit heures après la ponction lombaire, la tension avait repris ses chiffres primitifs ; l'indice restait seul augmenté de 1/2.

OBSERVATION IV

(BAPT)

Mlle X..., 5 ans. Renversée par une auto à 5 heures du soir.

Otorragie ; état comateux.

Pas d'ecchymose.

Ponction lombaire de 100 cc. de liquide légèrement hémorragique.

Diagnostic : Commotion cérébrale.

T. A. avant la ponction : 11-5 1/2. I. 1.

T. A. après la ponction : 12-6. I. 1 1/2.

T. A. le lendemain : 11 1/2-6. I. 1 1/2.

Ici les résultats après ponction lombaire de la prise de la tension artérielle montrent celle-ci augmentée, ainsi que l'indice oscillométrique.

OBSERVATION V

(BAPT)

Mme F..., 74 ans, a été trouvée dans sa chambre complètement paralysée.

Elle présente, à son entrée dans le Service, une hémiplegie totale droite avec aphasie.

Saignée. Purgation. Ponction lombaire.

Le liquide retiré est fortement xanthochromique, mais non hypertendu, et coagule dès le lendemain.

Avant la ponction : T. A. 19-11 1/2. I. 2 1/2.

A 16 heures : ponction de 8 cc. de liquide.

Aussitôt après la ponction : T. A. 17 1/2-10 1/2.
I. 3.

Le lendemain matin : T. A. 19 1/2 - 10 1/2. I. 3.

Le décès survient le lendemain soir du jour où on a pratiqué la rachicentèse.

A l'autopsie on trouve une hémorragie ventriculaire.

Là encore, dans cette observation, l'influence de la ponction lombaire sur la pression artérielle est faible et passagère.

OBSERVATION VI
(Professeur ABADIE)

M. André D..., 17 ans, entre dans le Service du Professeur Abadie pour troubles nerveux.

Antécédents chargés : bronchites fréquentes, épilepsies ; coqueluche à 8 ans, sans complication ; oreillons à 13 ans ; rougeole à 14 ans.

Sérum antitétanique à l'occasion d'une plaie au genou, grippe intestinale en mars 1929.

Était intelligent, travailleur, sportif, gai.

En mai, juin, juillet 1929 est surmené par la préparation d'un examen ; fatigue le matin au lever.

Le 15 juillet il remarque qu'il est fatigué quand il a écrit et est pris d'un léger tremblement (intentionnel) qui rend le travail manuel difficile.

Brusquement, le 20 juillet, troubles de la parole ; il parle « comme un Chinois ». Fatigue et tremblement augmentent.

En avril, somnolence facile ; il perd son ancienne activité physique ; il « mange, boit et dort ». La parole devient de plus en plus difficile. Engouements, troubles de la marche, boiterie de la jambe gauche ; le malade est enfin obligé de s'aliter.

Episode de photophobie, de diplopie.

Puis légère amélioration après traitement (septicémie, sulfarsénol), terminé fin septembre ; le malade engraisse ; traitement repris le 20 octobre et continué cinq semaines ; état meilleur ; le malade peut se lever.

Troisième traitement en décembre. Modification du

caractère, irritabilité, colère, inquiétude, idées de suicide.

Le 24 décembre, entre à l'hôpital.

Etat actuel :

Tremblement prédominant à gauche, existe faiblement au repos ; a tendance à disparaître quand le malade s'efforce de se mettre en résolution musculaire et augmente considérablement d'amplitude pendant l'effort.

Nystagmus horizontal en position extrême des yeux.

Parole saccadée.

Réflexivité tendineuse exagérée. Babinski à gauche.

Démarche irrégulière, spasmodique, titubante.

Diagnostic : Sclérose en plaques.

Le 27 janvier : Ponction lombaire.

T. A. avant : 14-6. I. 2

T. A. 4 heures après : 14 1/2-5. I. 3 1/2

T. A. 24 heures après : 13-5. I. 3 1/2

Violente céphalée après ponction lombaire ; le malade reste couché 24 heures.

Examen du liquide céphalo-rachidien : excès de glucose.

Ici, la pression artérielle n'est pas remontée à son chiffre normal ; après vingt-quatre heures la baisse s'est même accentuée, mais l'indice oscillométrique s'est élevé comme au cours des observations précédentes.

OBSERVATION VII

(Professeur ABADIE)

M. Pierre P..., 60 ans. Entre à l'hôpital parce qu'il est atteint de troubles mentaux.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Père et deux enfants morts de la même affection que la sienne, caractérisée surtout par des crises convulsives.

Il n'a, à son dire, jamais eu d'autre maladie que ces crises convulsives ; de plus il a de petites habitudes d'éthylisme.

Depuis l'âge de 28 ans, crises convulsives, toutes semblables. Environ une fois par mois il est pris d'une sensation indéfinissable au niveau des organes abdominaux. « Il sait qu'il va avoir une crise ». Il s'alite alors et, au bout de deux heures, ses bras et ses jambes commencent à s'agiter, à « trembler ». Il tremble ainsi pendant deux ou trois heures, ne perd pas connaissance et n'est contracturé à aucun moment. Il ne crie pas et ne perd pas ses urines. Après sa crise il se met à suer, s'endort et pendant son sommeil respire en gonflant les joues (en fumant la pipe).

Le 17 décembre 1929 il a une crise semblable aux précédentes, mais à la suite il se met à délirer, parlant d'une façon incohérente et souvent inarticulée.

Quelques jours après il devient violent, cesse son travail et ses relations avec ses camarades ; quelques hallucinations visuelles.

Le 23 janvier, à l'examen mental : attention un peu difficile à attirer et à retenir ; jugement sans gros

troubles ; raisonnement sain ; affectivité à peu près normale ; activité nulle ; plus d'hallucinations ni d'idées délirantes, sauf par intermittence (idées de grandeur).

L'examen physique montre qu'il n'a pas de troubles de la parole. Reflexes tendineux légèrement exagérés. Pas de troubles pupillaires.

Diagnostic : Démence sénile incipiens.

Le 25 : Ponction lombaire de 10 cc. ; liquide hypertendu renfermant 0 gr. 55 de sucre, 0 gr. 45 d'albumine, 8 gr. de chlorure par litre. Cellules de Nageotte : 0,66 élément par millimètre cube. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Avant la ponction : T. A. 22-8. I. 5.

Aussitôt après : T. A. 22-8. I. 5.

Cinq heures après : T. A. 22-8. I. 5.

Le lendemain matin : T. A. 20-7. I. 6.

Le malade était resté couché vingt-quatre heures après la ponction lombaire. Cette intervention n'a amené aucune modification ni physique, ni psychique.

D'après cette observation la chute de T. A. n'a été appréciable que le lendemain, ainsi que l'élévation de l'indice oscillométrique.

OBSERVATION VIII

(Professeur ABADIE)

Jules B..., 57 ans, ouvrier dans une poudrerie.

Rentre à l'hôpital pour troubles psychiques.

Rien à noter dans ses antécédents personnels.

Aucune habitude d'éthylisme chez ce malade.

Le début de la maladie remonte à six mois. Jusqu'alors, bien portant, il se dit souvent fatigué, ne va plus travailler régulièrement.

La mémoire de fixation a diminué ; par contre sa mémoire d'évocation serait intacte.

Son humeur est tantôt gaie, tantôt triste ; il se plaint de l'estomac, et depuis un mois reste au lit, parce que, dit-il, il est fatigué.

A l'examen : On se trouve en présence d'un homme petit, d'aspect achondroplasique, qui présente des éruptions cutanées circulaires, un peu en relief, et des desquamations de couleur rosée situées sur la poitrine et les plis des coudes. La bouche est oblique, ovale, déviée à droite.

A l'examen mental : Pas de troubles du jugement, mais des troubles de la parole. Il bredouille par moment, sans qu'on puisse parler d'achoppement.

Diagnostic : Paralyse générale.

Le 27 janvier 1930 : Ponction lombaire de 10 cc. Cellule de Nageotte : 24,44 éléments par millimètre cube. Réaction de Bordet-Wassermann et Meinicke fortement positives.

Liquide céphalo-rachidien renfermant :

Sucre 0 gr. 58

Albumine 0 gr. 48

Chlorures 8 gr. 1

Bordet-Wassermann-Meinicke positifs dans le sang.

Avant la ponction lombaire : T. A. 17-8. I. 4.

Après la ponction lombaire : T. A. 20-5 1/2. I. 5.

Cinq heures après : T. A. 22-5 1/2. I. 5.

Le lendemain matin : T. A. 21-5 1/2. I. 6.

Chez ce paralytique général la ponction lombaire semble avoir entraîné une poussée hypertensive, ainsi qu'un accroissement de l'indice oscillométrique.

OBSERVATION IX

(BAPT)

Antonin C..., 61 ans. Rentré à l'hôpital pour troubles mentaux.

Antécédents héréditaires : La mère a perdu cinq de ses dix enfants en bas âge ; son père mort à 73 ans d'artériosclérose.

Le malade nie tout antécédent éthylique ou vénérien ; n'a pas eu, à sa souvenance, de maladies de l'enfance ; a fait son service militaire ; réformé en 1914 pour cataracte droite.

Ses troubles mentaux remontent à un an.

L'année précédente il se plaignait souvent de céphalées, qu'il attribuait au port de lunettes qu'il était obligé d'avoir depuis son opération de la cataracte, en janvier 1928.

Depuis le 1^{er} janvier 1929 son entourage s'aperçoit qu'il présente des troubles mentaux.

Il a peur de tout, craint de manquer de tout, prétend qu'il va mourir de faim, qu'il a toutes sortes de maladies, « qu'il vaudrait mieux qu'il se suicide ». Il est préoccupé par des questions d'argent.

Au cours de l'année, période d'insomnie de quelques jours.

Depuis le début de 1930, crises de colères violentes et quelques troubles de la parole.

Examen psychique le 25 janvier 1930 : Attitude déprimée du malade qui a l'air triste et malheureux ; orientation, mémoire, attention, normales ; troubles du jugement depuis un an ; idées de crime.

Raisonnement sain. Affectivité troublée consécutivement à ses préoccupations mentales.

L'examen physique montre des artères souples, un souffle aortique doux, systolique. Un tremblement des muscles péri-buccaux et de la langue. Parole par moment hésitante ; sans achoppement.

Réflexes tendineux exagérés.

Diagnostic : Cérébrosclérose.

Le 25 : Ponction lombaire de 10 cc. ; liquide hypertendu.

Cellule de Nageotte : 0,63 élément par millimètre cube.

Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Sucre : 0,72 ; albumine : 0,85 ; chlorures : 7 par litre.

Avant la ponction lombaire : T. A. 24-9. I. 4 1/2.

Après la ponction lombaire : T. A. 22-9. I. 5.

Cinq heures après : T. A. 22-9. I. 5.

Le lendemain : T. A. 22-9. I. 5.

La ponction n'a amené aucune manifestation subjective ni aucun changement psychique.

Là encore la ponction lombaire a fait diminuer légè-

rement le maxima, tandis que la minima est restée stable et que l'indice oscillométrique a augmenté de 1/2.

OBSERVATION X

(BAPT)

Louis D..., 53 ans. Rentre à l'hôpital parce qu'il souffre de crises vertigineuses. Rien de spécial au point de vue de ses antécédents héréditaires et collatéraux.

En 1908, hémiplégie à début brutal et qui guérit complètement sans séquelles. A la suite de cette affection le malade est traité durant trois mois par du bismuth.

En 1918, à 41 ans, crise de névralgie faciale droite.

En 1920 le malade commence à se plaindre de crampes d'estomac, survenant une à deux heures après le repas du soir, sans troubles de l'appétit et sans vomissements.

Le malade retrouve ces sensations depuis à intervalles variables de quelques semaines à un an.

Depuis cette époque également il présente des petits signes de Brightisme : crampes aux mollets, doigts morts, mouches volantes ; bourdonnement d'oreilles plus nets depuis un à deux ans, et surtout depuis quelques mois.

Depuis un an, dyspnée d'effort, palpitations.

Les vertiges ont débuté un mois après l'hémiplégie de 1908 ; crises vertigineuses avec sensation de chutes durant de quelques minutes à quelques heures.

Jusqu'à 1920 il ne présente que deux ou trois crises par an. Elles étaient précédées de douleur à la nuque débutant brusquement. Elles ne l'empêchaient d'ailleurs pas de travailler et cessaient dès qu'il s'asseyait.

En même temps, crises de céphalée occipitale à début et à terminaison brutales ; crise avec douleurs en étau, à intervalles variables de quelques semaines à quelques mois et durant de quelques heures à quelques jours.

Le malade continue à avoir trois ou quatre crises par an.

En 1920 l'augmentation de ces crises en nombre et en durée l'oblige à cesser son travail pendant un mois. Il perd sa gaîté et, très déprimé, songe au suicide.

Il se fait traiter (biiodure). Tout rentre dans l'ordre au bout de deux mois et demi.

De 1920 à 1929 : Deux à quatre crises semblables aux précédentes. En 1929, nouvelle crise à celle de 1920 : début par une sensation vertigineuse qui s'accroît de plus en plus. Les vertiges augmentent tous les jours et surviennent même en décubitus.

Depuis son entrée à l'hôpital la sensation vertigineuse augmente, des crampes d'estomac apparaissent, le malade maigrit, pâlit, ne mange plus. Céphalée occipitale continue.

Le 25 janvier : A l'examen :

Psychisme intact.

Réflexes vifs.

Réflexes achilléens abolis à gauche.

Réflexes de défense au niveau des membres inférieurs.

Marche normale les yeux ouverts ; les yeux fermés il dévie à gauche.

Statique : tendance à la chute à droite.

Surdité assez marquée.

Nystagmus rotatoire normal à droite.

Hypo à gauche.

Diagnostic : Méningite syphilitique ayant intéressé les III  et VIII  paires craniennes.

Le 27 janvier : Ponction lombaire de 10 cc.

Bordet-Wassermann négatif.

Sucre : 0,43 ; albumine : 0,28 ; chlorures : 7,5 par litre.

Avant la ponction lombaire : T. A. 14-6. I. 3 1/2.

Aussitôt après : T. A. 11-5 1/2. I. 3 1/2.

Cinq heres apr s  : T. A. 12-5 1/2. I. 3 1/2.

Le lendemain  : T. A. 12-5. I. 3 1/2.

Pas de manifestations subjectives d'ordre nerveux si ce n'est dans la nuit du 28 au 29 : une sensation de doigt mort localisée aux deux gros orteils.

Ici, à la suite de la ponction lombaire, on note une diminution légère de la tension artérielle maxima et minima.

OBSERVATION XI

(POULET)

C. G..., 53 ans.

Malade ayant fait un ictus suivi d'hémiplégie gauche en 1913, présentant une paralysie avec contracture du côté droit sans troubles de la sensibilité.

Signe de Babinski en extension.
réagissant à la lumière.

Pas de troubles oculaires. Pupilles normales et

Langue parquetée, type syphilitique.

Bordet-Wassermann négatif.

Ponction lombaire de 10 cc. ; liquide eau de roche.

Avant la ponction lombaire : T. A. 22 1/2-10. I. 5.

Après la ponction lombaire^e : T. A. 21 1/2-10. I. 4.

Deux heures après : T. A. 21-9. I. 8.

Ici la ponction lombaire a fait tomber la tension artérielle, d'abord la maxima, puis la minima, tandis que l'indice oscillométrique, après une chute légère, est monté de 5 à 8.

OBSERVATION XII

(POULET)

Hypertension artérielle avec vertiges.

Pas de signes neurologiques.

Ponction lombaire de 12 cc. ; liquide clair.

Avant la ponction lombaire : T. A. 24-14. I. 2 1/2.

Le lendemain : T. A. 18-8. I. 2 1/2.

Deux jours après : T. A. 22-13. I. 1 1/2.

Trois jours après : T. A. 22-12. I. 2.

Là encore la T. A. est diminuée, ainsi que l'indice après la ponction lombaire.

OBSERVATION XIII

(POULET)

Malade âgé de 72 ans. Hypertendu artériel se plaignant de céphalée, avec sensation d'étouffement.

L'examen révèle l'existence d'un clangor aortique. Ponction lombaire de 10 cc. de liquide eau de roche. Pas de lymphocytose rachidienne.

Avant la ponction lombaire la T. A. est à 32 1/2-11. I. 6.

Un quart d'heure après la ponction lombaire : T. A. 28-10. I. 7.

Une demi-heure après : T. A. 26-10. I. 7 1/2.

Le lendemain : T. A. 26-11. I. 7.

Deux jours après : T. A. 29-11. I. 7.

Trois jours après : T. A. 32-10 1/2. I. 7 1/2.

Ici il y a chute de la T. A. après la ponction lombaire, mais, malheureusement, chute passagère, avec augmentation de l'indice oscillométrique.

OBSERVATION XIV

(MICHAUX, LAMARCHE, POULET)

D. I..., 53 ans.

Présente une hémiplegie droite datant de vingt-cinq ans, et une aortite.

On retire par ponction lombaire 10 cc. de liquide clair.

Avant la ponction lombaire : T. A. 23-10. I. 4 1/2.

Un quart d'heure après : T. A. 22-10. I. 4.

Deux heures après : T. A. 21-10. I. 4 1/2.

Cinq heures après : T. A. 21-10. I. 4 1/2.

Le lendemain : T. A. 19-9. I. 5.

Ici la chute de la T. A. après la ponction lombaire est plus progressive, tandis que l'indice oscillométrique a augmenté.

OBSERVATION XV

(POULET)

M. X... présente une fracture de la base du crâne après une chute.

Il n'a pas d'épistaxis ni d'otorragie.

Torpeur avoisinant le coma.

La ponction lombaire retire 10 cc. de liquide rosé et sanglant.

Avant la ponction lombaire : T. A. 13-7. I. 1 1/2.

Après la ponction lombaire : T. A. 15-8. I. 3 1/2.

Le lendemain : T. A. 13-7. I. 2 1/2.

Là la tension actuelle, après une augmentation passagère, est revenue à son état antérieur

Il résulte de l'étude des données précédentes :

CONCLUSIONS

I. — Que la tension systolique artérielle semble influencée par la rachicenthèse, mais que cette influence n'est que très passagère et toujours peu intense.

II. — Dans ces mêmes conditions, que la tension diastolique est plus stable.

III. — Que l'indice oscillométrique est influencé de façon plus importante, car on note son augmentation constante après toutes les ponctions lombaires, sauf dans un cas sur dix-sept.

IV. — Que l'état pathologique du malade ne prédispose pas à une influence plus nette de la ponction lombaire sur la tension artérielle.

V. — Qu'il ne faut pas conclure à l'influence certaine de la rachicenthèse sur la tension artérielle, car il nous semble, au contraire, que les effets de la ponction lombaire sur la tension artérielle sont peu nets, qu'ils sont loin d'être constants et, quand ils existent, sont le plus souvent très passagers.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
A. CLERC.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD (M.) et CRÉMIEUX (A.). — A propos du mécanisme pathogénique de l'hypotension par ponction lombaire. (*Marseille Méd.*, LXIV, 1927. 5 avril.)
- BAPT. — Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle. (*Thèse Bordeaux* 1929-1930.)
- BAILLARD, MAGNIEL et SARAJEA. — Archives des maladies du cœur. (Mai 1924.)
- BOUDON Léopold. — Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle. (*Thèse de Paris* 1933.)
- DUMAS. — A propos du procès-verbal sur la baisse de la tension artérielle chez les hypertendus après ponction lombaire. (*Lyon-Médical*, n° 17, 28 avril 1929.)
- DUMAS et CONDOMINE. — *Société Méd. des Hôp. de Lyon*, 3 mars 1925.
- ENFIELD G. S. et PETERSEN M. C. — Effect of lombar puncture on blood pressure. (*Med. Journal et Record New-York*. CXXXCHII 1928, 15 août.)
- ENZIEN, LAFOND et FASSIO. — Tension artérielle humérale et tension du liquide cephalo-rachidien. (*Montpellier Médical*, 4 novembre 1935.)
- FRIEDFELD (L.) et FISHBERG (A.-M.). — Relation of cerebrospinal and venous pressures in heart failure. (*J. Clin. Investigation*, 13 : 495 - 501 May 1934.)
- GIRBAL. — Etude de la tension artérielle chez le nourrisson et l'enfant. (*Thèse Paris* 1921.)
- GIRAUD. — Nouvelles recherches sur la tension de liquide céphalo-rachidien. (*Thèse Montpellier* 1921.)

- HAMBURGER (M.), JAME et CONDER. — La ponction lombaire dans le traitement de l'hypertension artérielle. (*Paris-Médical* 2 : 5 décembre 1932.)
- LAFITE, DUPONT et MAUPETIT. — Influence de la pression du liquide cephalo-rachidien et labyrinthique sur la pression artérielle. (*Société de Biologie de Paris*, 4 avril 1905.)
- LEMAIRE (A.) et PATEL (Jean). — Les modifications de la tension du liquide cephalo-rachidien, et leur traitement. (*Paris-Médical*, 5 décembre 1931, n° 49, 21^e année.)
- LIZIER (E.) et TAGLIAFERO (E.). — Comportement de la pression moyenne après rachicentèse. (*Minerven-Méd.*, XXV^e année. T. 1. N° 12. 24 mars 1934. In : *Presse Médicale*, n° 59, 7 novembre 1934.)
- MAGITOT (A.) et DUBOIS (A.). — Evolution des tensions artérielles rétiniennes diastoliques et moyennes comparées avec la tension rachidienne après ponction lombaire. (*Bull. Soc. d'Opht. de Paris*, 120-128. Février 1932.)
- MAGNIEL. — Rachicentèse et hypertension artérielle. (*Pratique Médicale Française*. Janvier 1925.)
- MESTREZAT. — Liquide cephalo-rachidien normal et pathologique, nature vraie du liquide cephalo-rachidien, les liquides « Neuro protecteurs », produit de dialyse du plasma sanguin. (*Journal de physiologie et de path. générale*. Paris 1912.)
- MICHAUX (I.), LAMACHE (A.) et POULET (R.). — Influence de la ponction lombaire sur la température, la tension artérielle et la diurèse (*Progrès Médical*, Paris 1925, XL, 1485-1490.)
- MONIER-VINARD et DESMARET. — Hypertension artérielle permanente et primitive avec paroxysmes hypertensifs démesurés. Influence de la rachianesthésie, de la surrénalectomie, de la radiothérapie, et de la ponction lombaire. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris* (54) 23 juin 1930.)

- OPPENHEIMER. — *Archiv. of Neurol. and Psychiatric* (Chicago).
- PAILLARD (H.). — Tension artérielle et centres nerveux. Hypertensions de cause centrale ; abaissement de la tension par la ponction lombaire ; vertige auriculaire et ponction lombaire. (*J. Méd. Française*, 22 février 1933.)
- ROUBINOVITCH et H. PAILLARD. — Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle dans les maladies mentales. (*Gazette des Hôpitaux*, 28 juin 1910.)
- PIC et DELORD. — Sur la baisse de la tension artérielle chez les hypertendus après rachiculthère. (*Lyon-Médical*, 16 janvier 1929.)
- PLANQUES, RISER et R. SOREL. — La pression rachidienne chez les hypertendus artériels. (*Presse Médical*, 1^{er} avril 1933.)
- POULET R. — Température tension artérielle et diurèse après la ponction lombaire. (8^o Paris 1925.)
- RISER, PLANQUES et VALDIGNIÉ. — La tension rachidienne des hypertendus artériels. (*Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n^o 5, 17 février 1936.)
- TZANCK A. et Paul RENAULT. — Etude graphique du liquide cephalo-rachidien dans l'espace sous-arachmoïdien. (*Société de Biologie*, 15 janvier 1927.)
- STURUP G. — Disconfort after lumbar puncture, with reference to mechanism of hypotension. (*Acta psychiat. et Neur.* 8 : 181-189. 1933.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
Anatomie	11
Historique	13
Observation	25
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

